QUESTIONS DE CHIRURGIE,

PROPOSÉES

Par MM. Ch. Louis DUMAS, Recteur de l'Académie et Président du Concours; J. Nicolas BERTHE, J. M. Joachim VIGAROUS, Pierre LAFABRIE, A. Louis MONTABRÉ, J. L. Victor BROUSSONET, G. Joseph VIRENQUE, Professeurs, Juges; Antoine GOUAN, C. F. V. Gabriel PRUNELLE, A. Pyramus DE CANDOLLE, Professeurs, Juges-Suppléans;

Pour la Chaire de Chirurgie,

Vacante dans la Faculté de Médecine de Montpellier, par la mort de M. André Méjan, Professeur de Clinique externe;

PRÉSENTÉES A LA DISPUTE LE 25 NOVEMBRE 1811,

PAR

M. Bernard-Cosme-Damien DELMAS,

Docteur en Chirurgie de Montpellier, Prosecteur de la Faculté de Médecine, Chirurgien en chef de l'Hôpital général de cette Ville, ex-Prévôt d'Anatomie, et ancien Chirurgien en second du grand Hôtel-Dieu de Rouen.

A MONTPELLIER,
chez Jean MARTEL aîné, imprimeur de la faculté de médecine, près l'hôtel de la préfecture, n.° 62.

1811.

PREMIÈRE QUESTION.

La position des artères anévrysmatiques, peut-elle en changer le mode de traitement?

IL me paraît essentiel, pour résoudre cette question: 1.° de faire connaître quelles sont les artères qui peuvent devenir anévrysmatiques; 2.° d'indiquer les méthodes curatives généralement employées; 3.° de parcourir les différentes espèces d'anévrysmes, et d'adapter à chacune d'elles, le mode de traitement qui leur convient.

J'appelle anévrysme, une tumeur circonscrite, contenant une quantité plus ou moins considérable de sang artériel. La division de ces tumeurs en anévrysme vrai et en anévrysme faux, quoique adoptée par la plupart des auteurs, me paraît dénuée de tout fondement. Les accidens qui peuvent survenir, ou non, dans le cours d'une maladie, n'en déterminent point la nature; et la poche anévrysmale, soit qu'elle se rompe, soit qu'elle se trouve dans une intégrité parfaite, n'en est pas moins un anévrysme. Je comprends, sous le nom d'anévrysme enkysté, ceux que les auteurs ont décrits, tantôt sous le nom d'anévrysme par dilatation, d'anévrysme vrai, d'anévrysme faux consécutif. L'anévrysme faux primitif n'est point un anévrysme, mais bien une plaie artérielle.

I.

En général, toutes les artères peuvent devenir anévrysmatiques. Dans les grandes cavités, la crosse de l'aorte, le trépied

de la cœliaque, l'aorte à sa division en iliaques, le sont plus souvent que les intercostales, les mésentériques, etc. Dans les parties extérieures, la carotide interne est plus souvent anévrysmatique que l'externe et que leur tronc commun. Les anévrysmes s'observent plus ordinairement dans la brachiale, au pli du coude, que dans toute autre partie de son étendue; et dans l'extrémité inférieure, la crurale l'est plutôt dans la poplitée, que dans ses autres divisions.

I I.

L'expérience a démontré que l'oblitération de l'artère, et sa conversion en une substance impénétrable et ligamenteuse, est le seul moyen propre à guérir l'anévrysme d'une manière radicale. Ce résultat s'obtient par la compression ou par la ligature de l'artère.

Il est une autre méthode de guérison, que je considère comme palliative, c'est celle qui porte le nom de Valsalva, et qui consiste dans l'usage des saignées répétées, du repos, et de la diète que l'on augmente graduellement, au point d'amener le malade à ne prendre que quelques verres de lait par jour: de cette manière, on le réduit à un tel état de faiblesse, qu'il ne peut presque exécuter aucun mouvement; après quoi, on augmente progressivement la nourriture. Guérin de Bordeaux, a cru devoir aider l'action de cette méthode, par l'application de l'eau à la glace sur les tumeurs anévrysmales.

La compression est la pression modérée de la tumeur ou de l'artère au-dessus de la tumeur elle-même: de cette manière on rapproche les parois du vaisseau, on les maintient dans cette position pendant quelque temps; mais pour obtenir l'effet désiré, il faut que l'artère soit située au-dessus d'une partie qui puisse servir de point d'appui.

La ligature est une compression circulaire, exercée sur le vaisseau dont elle rapproche les parois, de manière à inter-

rompre entièrement le cours du sang. On se sert de deux procédés pour pratiquer la ligature : dans le premier, on incise les tégumens et le sac anévrysmal ; on enlève de celui-ci tous les caillots de sang qui s'y étaient formés ; on introduit dans l'ouverture de l'artère, une sonde, au moyen de laquelle on la soulève pour faciliter le passage d'une aiguille qui porte deux ligatures, l'une qui doit serrer au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur. Dans le second procédé qui appartient à Hunter, on met l'artère à découvert, à une distance plus ou moins éloignée de la tumeur; on en fait la ligature, et on laisse la poche anévrysmale intacte. M. Dubois a conseillé et pratiqué depuis peu avec avantage un autre procédé ; il consiste à y passer dessous, l'artère mise à nu, une ligature que l'on serre graduellement au moyen d'un serre-nœud, et que l'on enlève aussitôt que l'adhéreuce entre les parois a lieu.

III.

Il reste maintenant à examiner si les méthodes curatives dont nous venons de parler, peuvent être indifféremment employées dans tous les anévrysmes, quelle que soit leur position.

1.° Ceux qui ont leur siége dans les artères internes, telles que l'aorte, le trépied de la cœliaque, étant hors de la portée des moyens chirurgicaux, ne peuvent être traités que par la méthode débilitante ou de Valsalva. Cette méthode, dans le plus grand nombre de cas, a été employée sans succès; d'autres fois, elle a diminué l'intensité de la maladie. Stancari, Morgagni, Lancisi, De Haën et Sabatier, citent cependant des cures radicales obtenues par ce moyen.

2.° Les carotides affectées d'anévrysmes, peuvent l'être dans leur tronc primitif ou dans l'une de leurs divisions; la carotide interne l'est plus fréquemment que l'externe. La méthode de Valsalva peut être employée ici, comme dans toutes les autres espèces d'anévrysmes ; mais on sent aisément que la

position anatomique des parties ne fournissant aucun point d'appui, ne peut permettre la compression : moyen que la situation profonde de l'artère, la pression des veines, et surtout des nerfs, rendraient d'ailleurs impossible, par la douleur que causerait cette dernière, et les dérangemens qu'elle introduirait dans plusieurs fonctions importantes.

Je ne sache pas que personne ait tenté la ligature de la carotide; cependant elle a été faite avec succès sur les animaux vivans; d'un autre côté, ces artères ont été trouvées oblitérées sur quelques individus. On pourrait donc, avec Scarpa, regarder la ligature comme praticable dans le cas d'anévrysme de la carotide. Je ne crois point que la difficulté d'en mettre le tronc à découvert pour faire la ligature, fût un motif d'exclusion. La disposition anatomique des parties rend cette opération possible, sans crainte d'intéresser les parties circonvoisines. On ne devrait pas craindre non plus que la circulation fût interrompue du côté du cerveau et de la tête, où l'artère aurait été liée ; car les anastomoses des carotides entre elles, et de celles-ci avec la vertébrale, sont trop libres pour le permettre. Les anostomoses des divisions des carotides externes, ne sont pas moins libres; dans une injection même ordinaire, on voit les thyroïdiennes, les ranines, les labiales, les dorsales du nez, les frontales, les temporales, les occipitales, communiquer directement avec celles du côté opposé.

Il paraît plutôt que c'est la crainte des hémorragies consécutives qui a empêché les auteurs de conseiller la ligature de la carotide ; mais en suivant les conseils donnés par Scarpa sur la ligature des artères en général, on est presque assuré du succès. Il conseille, 1.° d'isoler, le moins qu'il est possible, l'artère de son tissu cellulaire, afin de ne point détruire les vaisseaux nourriciers des artères; 2.° d'employer une ligature large; 3.° de placer sur l'artère un petit rouleau de linge, afin qu'elle soit affaissée et non froncée sur elle-même, et que ses parois soient appliquées l'une contre l'autre, de la même

manière que si on la pressait entre deux doigts : en employant ainsi la ligature, elle ne tombe ou ne se détache que du 20.e au 25.e jour, tandis que par les autres procédés c'est du 8.e au 10.e D'après ce que nous venons de dire, les dangers attachés à la ligature de la carotide ne sont pas très-alarmans. Je ne vois pas pourquoi, lorsqu'il existe une étendue de carotide assez considérable au-dessous de la tumeur, on n'en ferait pas la ligature, sans toucher au sac, plutôt que de laisser la maladie faire des progrès, en exposant à chaque instant les jours du malade. Ce serait ici le cas de mettre en pratique le précepte de Celse: *melius anceps remedium experiri quam nullum.*

Les artères intercostales peuvent être attaquées d'anévrysmes; mais je n'ai nulle connaissance des moyens conseillés pour leur guérison. La compression de la tumeur ne peut être employée, vu le manque de point d'appui; le meilleur moyen, dans ce cas, serait de mettre par la dissection, le tronc de l'artère à découvert, sans pénétrer dans la poitrine, et d'exercer ensuite un point de compression direct sur le vaisseau. Il me souvient d'avoir vu deux anévrysmes de l'intercostale, l'un chez un Officier, à l'hôpital St.-Éloi de Montpellier, et l'autre à l'hôpital de la Charité à Paris : ces anévrysmes ne furent opérés ni l'un ni l'autre.

Les anévrysmes de cause externe, suivant l'observation de Scarpa, sont beaucoup plus communs aux extrémités supérieures, tandis que ceux des extrémités inférieures dépendent généralement de causes internes. On exerce avec succès la compression sur l'artère brachiale, lorsqu'elle est anévrysmatique au pli du coude. Ici, en effet, le condyle interne dans sa partie antérieure, devient le point fixe contre lequel la compression de l'artère peut s'exercer; la tumeur est presque à nu sous la peau, et peut être comprimée dans toute son étendue. Pour exécuter cette compression, on enveloppe tout l'avant-bras avec le bandage de Theden, jusqu'au pli du coude; on place sur la tumeur des compresses graduées, tandis que les deux tiers postérieurs de

la partie inférieure du bras et de la partie supérieure de l'avant-bras, sont renfermés dans une gouttière de fer-blanc ; on continue ensuite le bandage circulaire, en passant par-dessus les compresses graduées. On voit que la gouttière de fer-blanc empêche que les artères collatérales ne soient comprimées par les tours de bande, de manière à empêcher l'abord du sang vers les parties inférieures ; et que de cette façon la compression agit directement sur l'anévrysme. La ligature avec ouverture du sac, est on ne peut plus aisée à exécuter. Dans ce cas, on incise d'abord, d'un seul coup de bistouri, les tégumens et la tumeur anévrysmale ; on découvre ensuite avec la plus grande facilité l'ouverture de l'artère, et on en fait la ligature, en évitant d'y comprendre le nerf médian et les veines satellites ; mais alors la méthode d'Anel et de Hunter doit être préférée à celle dont nous venons de parler, à cause du peu de profondeur de l'artère. Il faut seulement avoir la précaution, en la disséquant, de diriger le bistouri vers le muscle biceps ou le bord interne du vaisseau, afin de ne pas diviser les artères musculaires postérieures.

Si l'anévrysme affecte l'axillaire dans sa partie sous-claviculaire, on ne peut espérer qu'une cure palliative, et il faut avoir recours à la méthode de Valsalva. La compression est trop douloureuse et trop dangereuse pour être mise en usage. Les essais faits par Desault et par Pelletan, pour lier l'axillaire en embrassant la clavicule dans la ligature, ont été tous sans succès ; et si l'on veut une cure radicale, il n'y a plus pour unique ressource que l'amputation dans l'article. Il restera maintenant à savoir si la ligature pourrait avoir lieu, lorsque l'anévrysme a son siége dans la portion brachiale de l'axillaire. La profondeur de cette artère a fait rejeter l'emploi de ce moyen et conseiller l'amputation. Cependant, entre plusieurs observations, il en existe une de Hall, dans laquelle l'artère axillaire a été liée, à la suite d'une plaie faite par un instrument tranchant. Je pense donc, avec Scarpa, que la ligature de l'axillaire peut être pratiquée avec succès, en ayant seulement la précaution de

faire une incision très-étendue, qui divise le muscle grand pectoral, et de séparer exactement l'artère du plexus brachial qui l'embrasse.

Nous distinguerons trois parties dans l'étendue de l'artère fémorale, qui peuvent être affectées d'anévrysmes : 1.° la portion de cette artère comprise entre le ligament de Fallope, jusqu'à sa division en fémorale profonde ; 2.° celle qui existe depuis cette division jusqu'à un pouce et demi ou deux pouces au-dessous ; 3.° la partie que l'on trouve depuis deux pouces au-dessous jusqu'à son passage à travers les adducteurs. La compression ne peut donc, dans aucune de ces divisions de la fémorale, être employée avec succès, parce qu'elles n'offrent pas un point d'appui commode à la force comprimante, ou parce que cette compression serait désavantageuse pour le maintien de la circulation et de la vie dans le membre, ne pouvant être placée que vis-à-vis la branche du pubis, sur la portion de l'artère située immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, et au-dessus de l'origine de la fémorale profonde.

La division de la fémorale établie ci-dessus, devient utile pour régler l'emploi des procédés divers dans l'application de la ligature. Dans l'anévrysme de la troisième division de la fémorale, la méthode de Hunter est pratiquée avec le plus grand succès ; mais dans le cas où la rupture de l'artère anévrysmatique est tout près de la division de la fémorale en profonde, ou de ce que je nomme sa seconde portion, la méthode de Hunter ne doit point être mise en usage. En effet, dans cet anévrysme, on n'a pour la ligature qu'un petit espace compris entre l'ouverture de l'artère et la naissance de la fémorale profonde, qui doit être soigneusement ménagée. Il faut donc employer le second procédé, qui consiste à ouvrir le sac dans toute son étendue, à le nettoyer, à mettre l'ouverture de l'artère à découvert, à passer à la faveur d'une sonde introduite dans le tube artériel une ligature au-dessous de l'artère, en ayant l'attention de séparer avec soin et précaution les deux fémorales ; car

elles sont, dans cet endroit, collées l'une à l'autre, et la réussite de l'opération consiste en partie à laisser la fémorale profonde intacte et libre. Dans ce cas, les avantages de ce procédé sur celui de Hunter, sont que le chirurgien n'est point gêné par les doigts de l'aide qui fait la compression, qu'il se procure un espace suffisant pour bien découvrir l'artère fémorale superficielle, et la distinguer exactement de la profonde, et qu'il peut lier la première au-dessus de sa rupture, avec la certitude de conserver l'origine de la profonde; avantages qu'il ne peut avoir par la méthode de Hunter. Lorsque la rupture de l'artère fémorale superficielle est assez haute, pour que la ligature doive de toute nécessité être placée sur la fémorale commune, doit-on désespérer du succès de l'opération ? L'observation anatomique prouve que les artères de l'intérieur du bassin peuvent suffire par leurs anastomoses avec celles de la cuisse, à entretenir la circulation dans les parties inférieures, et la pratique en a démontré le succès : telles sont les observations de Guattani, de Gaviña, de Clarke et de Mayer. Dans la bibliothèque britannique, on trouve l'observation du docteur Abernethy, qui incisa hardiment le ligament de Fallope, pénétra dans le bassin, fit avec succès la ligature de la crurale, pour un anévrysme de cette artère, au moment où elle sort de dessous le ligament. Si aux considérations précédentes on joint la réussite des expériences faites et multipliées par Scarpa, nous pouvons conclure avec lui, que la ligature peut être mise en usage, et surtout dans le cas où, par les progrès de l'anévrysme, on a à en craindre la rupture et la perte inévitable du malade. Les hernies énormes qui, d'après Richerand, sont les suites de l'opération, ne peuvent point être mises en parallèle avec la mort certaine du malade.

L'anévrysme de l'artère poplitée qui est le plus fréquent de tous ceux qui peuvent intéresser les parties inférieures, et même les artères externes, ne permet que très-rarement la compression immédiate. On sait que pour qu'elle puisse se faire avec succès, il faut que la pression s'exerce à la fois, et sur la tumeur,

et sur l'artère au-dessus de la tumeur, qu'elle puisse rapprocher aisément les parois opposés du vaisseau, et que le tube artériel soit dans un état parfait d'intégrité, afin que l'inflammation adhésive s'y développe. L'anévrysme poplitée présente rarement ces conditions, 1.° parce qu'il tient ordinairement à une cause interne; 2.° que la déchirure de l'artère peut être plus ou moins près de son passage à travers les muscles adducteurs; 3.° que ce vaisseau est placé dans un espace triangulaire et profond, qui devient d'autant plus étroit, que l'artère se rapproche davantage des parties supérieures; 4.° que les bords latéraux de cet espace éprouvent une très-forte tension, lorsque la jambe est tendue, et qu'enfin le nerf sciatique interne est toujours placé sur la tumeur. Toutes ces raisons rendent la compression douloureuse, au point de devenir insupportable; elle est quelquefois nuisible, et le plus souvent sans succès; aussi ce moyen n'est-il que rarement employé.

La ligature avec ouverture du sac n'est guère plus praticable que la compression, elle est pénible et même très-dangereuse. L'artère qui, quelquefois par le gonflement des parties, est à une profondeur de trois pouces, le peu d'espace que l'on a pour agir, la difficulté de passer les ligatures, difficulté qui est d'autant plus grande, que l'ouverture de l'artère est plus supérieure, son tiraillement et des ruptures secondaires, le danger inévitable d'ouvrir les articulaires, la difficulté de la séparer d'avec le nerf sciatique, les tiraillemens de celui-ci, quelquefois l'impossibilité physique de le séparer de l'artère et de la veine par l'état maladif qui a presque tout confondu, rendent cette opération d'une difficulté extrême. Les douleurs qu'éprouve le malade, l'éréthisme, le gonflement inflammatoire qui suit de près et qui est proportionné à l'étendue du désordre, ensuite un dégorgement abondant, une grande suppuration, le contact de l'air dans une plaie très-large, les petits foyers purulens qui résultent de la profondeur de cette plaie, et du rapprochement de ses lèvres, les sinus qu'on a

bien de la peine à tarir, les gonflemens subséquens auxquels ils donnent lieu, quelquefois les abcès consécutifs, enfin la longueur de la cure, déterminée par la saillie des tendons fléchisseurs, quand la jambe ne peut être allongée, sont, suivant Deschamps, les suites assez ordinaires de la méthode d'opérer par l'incision du sac anévrysmal.

D'autres procédés beaucoup moins dangereux et d'une exécution plus facile, peuvent être employés pour la guérison de l'anévrysme de la poplitée: telle est la méthode de Hunter, qui consiste à lier l'artère fémorale. En effet, la situation de cette artère, presque immédiatement au-dessous de la peau, les parties peu essentielles qui peuvent être lésées, l'absence des tiraillemens et des déchirures des parties, rendent cette opération aisée à exécuter, et sont, avec sa guérison prompte, autant de motifs qui doivent la faire préférer à la précédente.

M. Dubois, pour éviter les inconvéniens dépendans d'une cessation trop subite de la circulation dans les parties inférieures, et voyant la difficulté ou plutôt l'impossibilité de la compression ordinaire, l'a employée d'une manière graduée et placée immédiatement sur l'artère, au même endroit où l'on fait la ligature, suivant le procédé de Hunter. A cet effet, après avoir mis la fémorale à découvert, et l'avoir dégagée des parties environnantes, il passe, au moyen d'une aiguille mousse, une ligature plate au-dessous de l'artère; il en engage ensuite les deux bouts dans le presse-artère de Deschamps ou dans le serre-nœud employé pour l'opération du polype, etc. : il serre ensuite assez la ligature pour diminuer la pulsation de la tumeur, et pas assez, cependant, pour la faire cesser. Le 3.e jour de l'opération, on serre un peu plus, et les pulsations de la tumeur deviennent moindres. Pendant ce temps, le membre opéré perd peu de sa chaleur, puisqu'au 4.e jour, celle des deux membres est la même; au 5.e jour, on ne sent plus de battemens dans la tumeur; le serre-nœud est enlevé le 6.e, et quelques jours après on en fait autant pour la ligature. La plaie se cicatrise

du 18.e au 20.e ; la tumeur diminue chaque jour de grosseur et acquiert de la dureté (1).

D'après tout ce que je viens de dire, il est facile de conclure que la position des artères influe essentiellement sur le mode du traitement des anévrysmes.

SECONDE QUESTION.

Traiter de l'hydrocèle, et déterminer les avantages et les inconvéniens de chacun des procédés opératoires.

On donne généralement le nom d'hydrocèle à la collection d'une humeur aqueuse dans les bourses. Cette humeur peut se rencontrer, soit dans le tissu cellulaire du scrotum, soit dans le sac d'une véritable hernie, soit dans la tunique vaginale des testicules, soit dans celle du cordon spermatique, soit enfin dans un kyste particulier. Ces siéges différens de l'hydrocèle devraient en former cinq espèces différentes; mais je ne regarde comme méritant de porter ce nom, que les quatre dernières espèces. L'hydrocèle par infiltration du tissu cellulaire du scrotum, ne diffère point de l'œdème des autres parties du corps; il est ordinairement le symptôme d'une maladie générale, et ne mérite point de traitement particulier. Lorsqu'il n'est

---

(1) Extrait du journal, d'une opération exécutée par M. Dubois, et rédigée par M. Provençal, qui a eu la bonté de me la communiquer.

qu'une maladie locale, il est la suite d'une compression exercée sur les veines, par la luxation de la cuisse, la mauvaise application d'un bandage, la contusion de quelque partie du scrotum, etc.; et le traitement en est encore le même que celui qui est pratiqué pour l'œdème en général. L'ischurie peut aussi décider quelquefois l'hydrocèle du scrotum, en procurant l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire de cette partie, infiltration qui reconnaît encore plusieurs autres causes. Divers auteurs ont fait encore une espèce d'hydrocèle qu'ils ont nommée congénitale, mais qui se confond avec celle du sac herniaire, puisque toutes les deux sont formées par un prolongement du péritoine, et que le liquide qu'elles contiennent communique également dans la cavité abdominale à travers l'anneau inguinal.

Les causes de l'hydrocèle sont très-nombreuses: des contusions, des pressions exercées pendant long-temps sur le cordon spermatique, l'exercice du cheval, l'inflammation du testicule à la suite d'une maladie vénérienne, la suppression d'une évacuation habituée, telle que celle des hémorrhoïdes, de la transpiration des pieds ou de quelque exutoire, l'habitation des pays humides et froids, l'abus des boissons spiritueuses, l'usage immodéré des plaisirs vénériens, sont du nombre de ces causes. Mais, dans tous les cas, il faut, pour que l'hydrocèle se forme, qu'il y ait destruction d'équilibre de l'exhalation et de l'inhalation du liquide qui mouille continuellement l'intérieur de la tunique vaginale, phénomène qui a souvent lieu sans cause apparente.

On reconnaît l'hydrocèle à un gonflement qui commence vers la partie inférieure des bourses; la tumeur augmente ensuite de bas en haut, passe au devant du cordon spermatique, jusqu'auprès de l'anneau inguinal. La forme en est allongée, mais plus volumineuse inférieurement que supérieurement; les rides du scrotum se conservent d'abord pendant assez long-temps, mais elles finissent par s'effacer avec le développement de la maladie.

Celle-ci ne se forme que d'un côté des bourses, et le raphé se trouve déjeté du côté opposé ; la percussion y fait découvrir une fluctuation manifeste. Placée devant une lumière vive, la tumeur présente une transparence sensible lorsqu'elle est volumineuse ; le cordon spermatique ne peut être pincé, et le poids qu'elle présente n'est jamais en rapport avec son volume.

Les signes que nous venons d'énumérer font aussi reconnaître une hydrocèle enkystée du cordon spermatique; mais, dans ce cas, on sent le testicule au-dessous de la tumeur, lorsqu'il n'existe pas d'hydrocèle à la tunique vaginale du testicule. Pour l'ordinaire, il y a complication ; dès-lors la tumeur est étranglée vers sa partie moyenne, de manière à empêcher quelquefois toute communication entre les deux tumeurs; plus ordinairement cependant, en ouvrant l'inférieure, le liquide contenu dans la supérieure s'écoule en même temps ; l'humeur qui forme l'hydrocèle de naissance, ou congénitale, occupe le prolongement du péritoine qui accompagne les testicules à leur descente dans le scrotum. Cette humeur n'est qu'une portion de la lymphe péritonéale qui traverse l'anneau, et vient ainsi former la tumeur. Aussi le volume de cette dernière est-il plus ou moins considérable, suivant que le malade est debout ou couché; et la pression peut la faire disparaître entièrement, le liquide qui la formait remontant alors dans le bas-ventre. Cet effet n'a cependant pas lieu d'une manière instantanée, et l'ouverture qui sert de passage au liquide est quelquefois si petite, qu'il faut continuer la pression assez long-temps pour faire évanouir entièrement la tumeur.

Les signes commémoratifs peuvent seuls établir sûrement le diagnostic de l'hydrocèle qui a son siége dans un sac herniaire ; il faut savoir alors, s'il a existé une hernie avant l'apparition de l'hydrocèle ; il faut examiner, s'il est possible de faire rentrer dans le bas-ventre, soit par la pression, soit par la position que l'on donne au malade, le liquide qui forme

cette dernière maladie qui est encore caractérisée par la situation du testicule vers la partie inférieure et postérieure de la tumeur.

Le pronostic de l'hydrocèle est rarement dangereux. La maladie se borne, presque toujours, à n'être qu'une affection locale et incommode: elle devient douloureuse, si la tumeur n'est pas relevée convenablement au moyen d'un suspensoir; elle rend les organes génitaux inhabiles à remplir leurs fonctions, en entraînant la verge et en la faisant disparaître quelquefois entièrement. Mais l'hydrocèle ne peut être regardée comme dangereuse, que par la complication des maladies plus ou moins graves qui peuvent affecter en même temps le testicule.

On a proposé beaucoup de moyens curatifs contre l'hydrocèle; mais il serait difficile de déterminer la préférence que l'on doit accorder à telle ou à telle methode, si on ne connaissait au préalable les diverses circonstances anatomiques dans lesquelles la maladie a pu se former.

On sait qu'une humeur lymphatique s'exhale continuellement de la surface interne de la tunique vaginale. Cette humeur, dans l'état de santé, est absorbée dans les mêmes proportions qu'elle est exhalée, et la maladie ne peut résulter que d'un défaut d'équilibre entre l'absorption et l'exhalation. Lorsque l'absorption se ralentit, l'humeur exhalée dans l'intérieur de la tunique s'y ramasse, la distend outre mesure, et la pression continuelle qu'elle exerce sur les parois de cette membrane, lui fait contracter une épaisseur d'autant plus grande, que la tumeur est plus ancienne, et qu'on a même vu la tunique devenir cartilagineuse. On sent aisément que la sensibilité s'y éteint peu à peu, et que les moyens curatifs doivent dès-lors être d'autant plus irritans, que la sensibilité est moindre. Dans d'autres occasions, un état inflammatoire se développe; une matière purulente se forme et se mêle avec la sérosité des la poche vaginale. Il arrive aussi que l'hydrocèle congéniale communique avec le péritoine par l'ouverture de l'anneau inguinal; l'origine du liquide

qui se rencontre alors dans le kyste, n'est point seulement dans la tumeur, mais dans le péritoine lui-même ; il en est de même dans l'hydrocèle formée par un sac herniaire. On sent aisément, d'après ce que nous venons de dire, que l'évacuation des eaux qui forment la tumeur hydrocélique, peut procurer la guérison de la maladie, lorsque les parties qui en sont le siége, n'ont pas perdu leur sensibilité ordinaire ; mais lorsque celle-ci est anéantie, il faut extraire le kyste en totalité, ou produire une inflammation qui, en faisant adhérer les parois de la tunique l'une contre l'autre, ne permettra plus une formation nouvelle de la maladie. Dans les cas où la tumeur est devenue cartilagineuse, les moyens irritans devraient avoir une telle activité, que l'on pourrait craindre qu'ils n'entraînassent la décomposition totale du testicule.

On se propose deux objets dans la cure de l'hydrocèle ; le premier est d'évacuer les eaux qui se sont rassemblées dans la tunique vaginale ; le second est d'empêcher qu'il ne s'y en amasse de nouvelles.

Le premier de ces objets constitue la cure palliative ; dans le second qui a pour but la cure radicale, on cherche à rétablir l'ordre dans les fonctions du système absorbant du kyste, à procurer l'adhérence de ses parois, ou à emporter le sac lui-même.

Dans la cure palliative, on évacue les eaux au moyen d'une ponction faite par la lancette ou par le trois-quarts. Les anciens se servaient du premier de ces instrumens ; le malade couché alors sur son lit, et les cuisses écartées, on saisissait la tumeur avec la main gauche, en la comprimant de manière à tendre la peau et à diriger en bas le liquide qu'elle contenait ; on plongeait ensuite la lancette vers la partie la plus déclive, en ayant soin d'éviter les vaisseaux variqueux répandus à la surface de la tumeur ; on retirait l'instrument, et l'ouverture qui avait été faite laissait sortir le liquide. Ce procédé présente quelques inconvéniens, dont le principal est que les parties, en revenant inégalement sur elles-mêmes, détruisent le parallélisme des

lèvres de la plaie ; l'eau s'épanche dans le tissu cellulaire du scrotum, et décide l'œdème de cette partie ; on a donc donné la préférence au trois-quarts, dont la canule reste dans le sac après la ponction ; on le plonge de bas en haut, en évitant d'atteindre le testicule ; on retire le poinçon et on laisse écouler les eaux. Lorsque cet écoulement a cessé, on retire doucement la canule, en la faisant tourner sur elle-même ; on met un petit emplâtre agglutinatif sur la plaie, que l'on recouvre d'une compresse trempée dans un mélange d'eau de chaux et d'eau-de-vie camphrée, et l'on soutient le tout avec un suspensoir. Il faut cependant convenir que l'usage de la lancette doit être préféré à celui du trois-quarts, lorsque la tumeur ne contient pas une grande quantité de liquide ; dans ce cas, il est donc plus facile d'éviter la lésion du testicule qu'avec le trois-quarts, et les vaisseaux de la tunique vaginale ne sont pas assez dilatés pour avoir à redouter une hématocèle. La lancette mérite encore la préférence, lorsque l'hydrocèle est compliquée avec la hernie ou avec le sarcocèle, et qu'on ne peut pas reconnaître exactement la situation, la nature et le volume des différentes parties contenues dans le scrotum. C'est dans les cas semblables, que l'on a conseillé d'associer l'usage de la lancette à celui du trois-quarts. L'opération se fait alors en deux temps ; on commence par inciser la peau avec le bistouri, et au moyen du trois-quarts on pénètre ensuite dans l'intérieur de la tunique vaginale. Les Anglais, dans l'intention de simplifier ce procédé opératoire, ont donné une forme aplatie au poinçon du trois-quarts ; l'opération se fait alors en un seul temps.

Quoique la ponction ne puisse être regardée que comme un moyen palliatif, elle a cependant guéri la maladie d'une manière radicale. Il peut arriver, en effet, que, dans une hydropisie commençante, les vaisseaux absorbans sont comme suffoqués par la présence du liquide, dont l'évacuation les fait rentrer dans leur état ordinaire. D'autres fois encore, l'abord de l'air provoque une légère inflammation sur toute la surface interne de

la tunique, décide de l'adhérence et opère ainsi une cure radicale: aussi Gimbernat avait-il proposé d'exciter l'inflammation, en insufflant de l'air par la canule du trois-quarts; moyen qui a été employé plusieurs fois avec succès: au lieu d'air atmosphérique, il semble que l'on devrait se servir de l'oxigène avec plus d'avantages encore.

Quoique la ponction ne soit ordinairement suivie d'aucun danger, elle entraîne cependant quelquefois à sa suite des accidens qui ont conduit à la mort, ainsi qu'on le voit dans deux observations citées par Pott. Les plus communs de ces accidens sont l'inflammation, la fièvre; les douleurs vives, que l'on peut prévenir en empêchant le malade de se livrer à des mouvemens violens, aussitôt après l'opération. L'hématocèle est un des accidens les plus fréquens, mais l'on peut encore l'éviter, en ne laissant pas sortir à la fois toute la masse du liquide, et en faisant porter au malade un suspensoir. Je ne sais guère si l'on doit compter beaucoup sur le témoignage d'Acrel, qui recommande d'opérer dans une chambre obscure, et de placer une bougie allumée derrière le scrotum, à travers duquel il prétend que l'on distingue très-bien alors les vaisseaux les plus gonflés de la tunique vaginale.

Le but que se propose le chirurgien, dans la cure radicale, est de détruire totalement le siége de la maladie, et d'en rendre ainsi la récidive impossible. C'est ce que l'on obtient de deux manières: 1.° en détruisant entièrement la tunique vaginale; 2.° en y excitant une inflammation capable de procurer l'adhésion avec le testicule. Mais il faut avoir soin que cette inflammation ne soit pas ou trop faible ou trop forte; elle peut être trop faible dans toutes les parties de la tunique vaginale, ou seulement dans quelques points de ces parties: il arrive de là qu'il n'y a nulle adhérence, ou qu'il n'en existe que dans les portions qui ont été frappées d'inflammation; partout ailleurs il se forme des cavités dans lesquelles l'eau s'accumule de nouveau, et qui forment autant de kystes séparés. Lorsque l'inflammation est trop

forte, elle ne se borne pas seulement à la tunique vaginale; mais elle attaque encore le testicule, et peut ainsi décider les accidens les plus graves.

On a proposé différens procédés opératoires pour remplir les deux intentions, que l'on a en vue dans la cure radicale de l'hydrocèle. Ces procédés peuvent se réduire à six, savoir : l'incision, l'excision et la cautérisation du sac; l'usage du séton, de la tente et des injections. Je vais tâcher d'examiner successivement chacune de ces méthodes, et chercher à en déterminer les avantages et les inconvéniens réciproques.

L'opération de l'incision consiste à ouvrir la tumeur à sa partie antérieure et dans toute son étendue, en laissant cependant la tunique vaginale intacte; on fait ensuite une ouverture à la partie supérieure du sac; on y introduit les doigts indicateur et médius de la main gauche, au moyen desquels on le soulève, et sur lesquels on glisse un bistouri boutonné avec lequel on incise le kyste dans toute sa longueur : la tumeur se vide; on fait rentrer le testicule, s'il est déplacé; on en couvre les côtés avec des plumasseaux de charpie; on enveloppe le tout dans un plumasseau plus grand, et les bourses sont soutenues par un suspensoir. Ces plumasseaux interposés entre le testicule et la tunique vaginale, sont nécessaires pour exciter l'inflammation, la suppuration, et procurer partout une adhérence égale; il faut même que l'intérieur du sac s'exfolie et qu'il suppure dans tous les points de sa surface, pour procurer une guérison radicale : les moyens irritans doivent, en conséquence, être entretenus dans la plaie pendant quelque temps; on a même proposé, pour hâter l'inflammation et l'exfoliation, d'employer quelques caustiques tels que l'alun et même le beurre d'antimoine. Après l'opération, le malade doit être tenu à une diète rigoureuse, et mis à l'usage des antiphlogistiques : si on néglige ces précautions, il peut survenir des accidens très-violens qui ont même été suivis de la mort; quelquefois le testicule s'enflamme et tombe en suppuration; dans

d'autres circonstances, on voit paraître l'ischurie, des coliques, une fièvre violente, et même la gangrène : on sent aisément que ces accidens doivent beaucoup varier d'intensité, selon le tempérament et la sensibilité particulière du malade. Le procédé de l'incision est, du reste, généralement abandonné ; on ne s'en sert que pour connaître l'état du testicule, dans les cas où il existe de l'incertitude sur la nature de la maladie.

L'excision a été connue des anciens, et renouvelée, dans les temps modernes, par Saviard, Médalon et Douglas. Cette opération, telle qu'on la pratique de nos jours, consiste à faire deux incisions longitudinales, desquelles résulte un lambeau ovale, dont le grand diamètre s'étend du haut en bas, et qui est seulement formé par la peau, le tissu cellulaire et le dartos. On emporte le lambeau, on dissèque le sac dans toute son étendue, on l'ouvre ; et dès que les eaux sont écoulées, on l'extirpe en entier. Après l'opération, on met le testicule à sa place, on remplit la cavité avec de la charpie, que l'on recouvre d'un plumasseau, le scrotum est ensuite enveloppé dans toute son étendue avec un cataplasme émollient. Les principaux inconvéniens de l'excision sont : l'hémorrhagie et une suppuration plus ou moins abondante ; c'est pour cela qu'il faut procurer la réunion de la plaie aussi promptement que possible. Pour obtenir la guérison, il ne faut qu'une inflammation très-légère, ce qui est directement opposé à ce que l'on exige dans la méthode par incision ; celle par excision, dont les inconvéniens sont compensés par beaucoup d'avantages, est la seule convenable, lorsque le sac est épais, squirrheux et comme cartilagineux, ainsi que dans les cas où l'on pourrait craindre qu'une inflammation, excitée dans l'intérieur de la tunique vaginale, ne changeât absolument la nature de la maladie : on a d'ailleurs l'avantage d'obtenir une cure plus prompte, et de n'avoir pas à craindre de récidives.

On a proposé aussi d'ouvrir le sac de l'hydrocèle avec le cautère actuel ou potentiel ; mais les médecins qui ont em-

ployé cette méthode, ne l'ont pas fait dans les mêmes intentions: les uns ont cru devoir se servir du caustique pour ouvrir la tunique vaginale dans toute son étendue; ce qui faisait naître des symptômes trop violens, qui ont forcé de renoncer à cette pratique; les autres, au contraire, ont employé le caustique, dans la vue d'irriter et d'enflammer la membrane, méthode qui est maintenant la seule en usage. On applique alors le caustique sur la partie antérieure et inférieure du scrotum, de manière à ce qu'on puisse obtenir une escarre d'environ six lignes de diamètre. Lorsque l'on soupçonne que la tunique vaginale a une dureté considérable, et que la tumeur a beaucoup de volume, il faut nécessairement augmenter l'escarre dans la même proportion. Dans les vingt-quatre heures, ordinairement après l'application du caustique, le malade sent des douleurs aux bourses, aux reins, au bas-ventre; le pouls est dur, la langue blanchâtre. Au bout de ce temps, les bourses deviennent dures et tendues; mais la tunique vaginale est la seule membrane qui contribue à cette tension. Peu de jours après, l'escarre se détache, la tunique vaginale paraît à nu et prête à s'exfolier; bientôt elle se porte vers l'ouverture des tégumens où elle fait saillie; elle s'ouvre alors quelquefois d'elle-même, mais le plus ordinairement, il faut y faire une ponction avec la lancette. Le moment qui paraît le plus opportun pour pratiquer cette opération, est lorsque le malade commence à sentir un sentiment de chaleur et de pesanteur dans le scrotum, et que la tumeur est douloureuse et enflammée dans toute sa circonférence. Les escarres et les lambeaux qui remplissaient l'ouverture de la tumeur, et empêchaient l'accès de l'air dans son intérieur, sortent à chaque pansement; le scrotum perd de sa dureté, et le malade se trouve guéri au bout d'un mois ou deux. Lorsqu'on applique, au contraire, le caustique sur toute la surface de la tumeur, l'air extérieur aborde dans la plaie avec la plus grande facilité; on ne peut éviter les froissemens que lui font éprouver les diverses pièces d'appareil dont

on se sert, et tout cela réuni décide des accidens que l'on ne voit que rarement dans la méthode que nous venons de décrire.

Gui de Chauliac est le premier auteur qui ait conseillé l'emploi du séton dans l'hydrocèle ; mais Pott est parmi les chirurgiens modernes celui qui en a fait le plus d'usage et avec le plus de succès. Les instrumens dont il se servait dans le dernier procédé auquel il s'est arrêté, sont un trois-quarts dont la canule a 9 millimètres de diamètre, une seconde canule dont la longueur est de 135 millimètres, et la grosseur telle qu'elle puisse passer à travers la canule du trois-quarts, et une sonde longue de 18 centimètres environ, et garnie d'une pointe d'acier semblable à celle du trois-quarts à l'une de ses extrémités, et de l'autre, d'une ouverture propre à recevoir le séton qui est formé de grosse soie blanche. On perce la tumeur avec le trois-quarts, comme dans la ponction palliative ; on laisse écouler les eaux, et on pousse la seconde canule dans la première, jusqu'à ce qu'on ait atteint la partie supérieure de la tunique vaginale ; on passe ensuite la sonde garnie du séton à travers cette seconde canule, on perce la tunique de dedans en dehors, et on place le séton. Sabatier a fait quelques changemens au procédé de Pott, qui en rendent l'exécution plus facile. La méthode de Roë est plus simple encore ; mais elle ne procure pas toujours une inflammation suffisante pour que le sac se détruise. Quel que soit le procédé que l'on emploie, l'opération par le séton n'occasionne pas de grandes douleurs ; le second ou troisième jour après l'opération, le scrotum et le testicule paraissent tuméfiés et enflammés : on remédie à la violence de ces accidens, et au bout de dix jours, l'inflammation et la tuméfaction sont presque dissipées, et le séton se détache. Pott a prétendu que sa méthode ne provoquait jamais la suppuration de la tunique vaginale ; mais l'expérience des chirurgiens qui l'ont employée, a démenti cette assertion. Le pus qui se forme dans l'intérieur de la tumeur vaginale, est quelquefois

en si grande quantité, qu'il ne peut sortir par l'ouverture qui a donné passage au séton, et qu'on est obligé de l'agrandir. Sabatier en cite un exemple dans les mémoires de l'académie de chirurgie, et je pourrais y en ajouter deux autres, que j'ai moi-même observés. Mais ce n'est pas là le seul inconvénient du séton; il provoque une inflammation trop forte dans les endroits qu'il parcourt, et trop faible dans le reste de la tunique: quelquefois il adhère si intimement aux parties avec lesquelles il se trouve en contact, que le pus ne peut plus s'écouler, et qu'on est obligé de lui pratiquer de nouvelles issues. D'ailleurs, en opérant l'hydrocèle par le séton, on ne peut plus reconnaître par soi-même l'état du testicule et la nature de l'humeur contenue dans le sac vaginal, on donne quelquefois lieu à la formation d'abcès fistuleux; aussi cette méthode est-elle presque entièrement abandonnée.

Franco est le premier qui ait proposé d'employer la tente dans le traitement de l'hydrocèle. Ce moyen a été peu suivi et serait même complètement abandonné, sans le changement que lui a fait éprouver Monro. Ce procédé consiste à pratiquer la ponction avec le trois-quarts comme dans la cure palliative, et à laisser la canule pendant quelque temps en place. Le résultat de cette opération est cependant bien différent de celui que l'on doit obtenir de l'emploi de la tente; par celui-ci, on doit faire naître de la suppuration dans le sac et à la surface du testicule; au lieu que l'intention de Monro était seulement d'exciter une inflammation qui procurât l'adhérence mutuelle de ces parties. Dans la méthode de Franco, on faisait une ouverture avec le bistouri à la partie antérieure et inférieure de la tumeur; on introduisait une tente entre la tunique vaginale du testicule après ou pendant l'écoulement des eaux. Il est facile de voir que, dans la méthode de Monro, il est impossible de préciser le degré d'irritation que le séjour de la canule peut produire sur les parties exposées à son action, et celui de l'inflammation qui peut en être la suite. Ces effets

comme l'observe fort bien Sabatier, peuvent donner lieu à des abcès et à des fistules; l'inventeur lui-même de cette méthode ne l'a proposée qu'avec une extrême défiance, et elle est généralement abandonnée.

La méthode des injections qui a été la plus employée dans ces derniers temps, présente au contraire en sa faveur des exemples nombreux de succès; elle consiste à introduire dans la cavité formée par la tunique vaginale, une liqueur qui puisse y exciter une inflammation. Les fluides qui sont employés dans cette intention, sont stimulans ou seulement astringens. Ceux d'un usage plus ordinaire, sont le vin mêlé avec l'eau-de-vie, la dissolution de pierre à cautère, de vitriol bleu, de l'extrait de saturne, l'eau de chaux, l'esprit de vin pur ou étendu d'eau, l'infusion de feuilles de rose, la décoction d'écorce de chêne, etc., etc. Mais l'injection dont on se sert le plus ordinairement se forme avec deux parties de vin de Porto, et une partie d'eau, ou avec une partie d'eau et cinq parties de vin de Bourgogne. Il est facile de voir que l'action de ces divers liquides doit varier selon la nature et d'après l'idiosyncrasie du sujet. En effet, l'alcool doit agir d'une manière bien différente de la dissolution de la pierre à cautère, et son action ne peut pas être la même chez un individu jeune et pléthorique, que chez un vieillard dont la maladie est d'ailleurs ancienne. On reconnaît généralement que le vin seul suffit pour obtenir la cure radicale, l'alcool étant beaucoup trop irritant; il faut seulement lorsque le vin n'est point assez généreux, y ajouter quelques gouttes d'eau-de-vie: la douleur qu'éprouve le malade par la présence du liquide injecté, indique seulement s'il a trop ou trop peu de spirituosité.

Pour opérer l'hydrocèle par la méthode de l'injection, on fait à la tumeur une ponction avec le trois-quarts, dont on retire ensuite le poinçon pour laisser écouler les eaux, on charge une seringue de vin chauffé au 24.me degré de Réaumur, et on se sert de la canule du trois-quarts qui est demeurée en place,

pour remplir le sac formé par la tunique vaginale. Il faut avoir soin de ne point trop forcer l'injection, pour ne pas dilater le sac outre mesure, et d'y maintenir le liquide injecté en bouchant l'ouverture de la canule. Le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives, qui doivent s'étendre dans toute la longueur du cordon spermatique, et être assez fortes pour le faire tomber en défaillance. Si cet accident n'a point lieu, l'opération est sans succès, et il faut alors augmenter la quantité du vin, ou y mêler de l'eau-de-vie; j'ai même vu M. Laumonier, chirurgien en chef de l'hôpital de Rouen, être obligé, dans une opération de ce genre, d'injecter de l'eau-de-vie pure, et ce ne fut que lorsque le liquide eut séjourné environ huit minutes dans l'intérieur de la tumeur, qu'il se manifesta des douleurs vives dans les lombes; qui furent pour nous un signe précurseur du succès. Lorsqu'on juge que l'irritation a été suffisante, on retire la canule, et l'on enveloppe les bourses de compresses trempées dans la matière de l'injection. Il arrive ordinairement que le testicule se gonfle, le second ou le troisième jour; mais lorsque cette inflammation parvient à un certain degré, il faut employer tous les moyens antiphlogistiques, connus pour en borner les progrès. Vers le 20.me jour environ, le testicule est revenu à son état primitif; l'adhérence complète de la tunique vaginale s'est opérée, à moins cependant que la maladie ne fut trop ancienne, ou que la tunique n'eut acquis trop de densité.

La méthode de l'injection suffit presque toujours, et peut remplacer les autres procédés opératoires sans en avoir les inconvéniens; il est cependant arrivé que, chez des sujets très-sensibles, une simple injection d'eau et de vin a décidé des convulsions qui ont amené la mort du malade.

D'après tout ce que nous avons dit, en décrivant les six méthodes différentes d'opérer l'hydrocèle, on voit que, parmi ces méthodes, il en est, telle qui mérite la préférence dans un cas, et qui doit être rejetée dans un autre, et qu'aucune ne peut être employée dans toutes les circonstances possibles.

Toutes ont pour but d'opérer la destruction complète du sac, ou d'y faire naître des adhérences. L'inflammation que l'on provoque dans cette dernière intention, doit occuper toute la tunique vaginale, sans attaquer le testicule, n'être par conséquent, ni trop forte, ni trop faible, et exciter le moins de suppuration possible; c'est ce qu'il est difficile à calculer *à priori*, le degré de l'inflammation ne dépendant pas seulement de l'activité du stimulus que l'on applique, mais aussi de la constitution du malade et du caractère particulier de l'hydrocèle. Il est donc des circonstances dans lesquelles le chirurgien doit donner la préférence à la méthode qui peut procurer l'inflammation la plus forte; il est d'autres cas dans lesquels il doit choisir le procédé qui irrite le moins. Nous avons vu que l'opération par incision ne pouvait amener la guérison, qu'après des suppurations longues et dangereuses. Comme l'excision réunit tous les avantages de l'incision, sans en avoir les inconvéniens, celle-ci est généralement abandonnée. En décrivant le procédé de l'excision, nous avons parlé de quelques cas où il devait être préféré; nous ajouterons ici que cette méthode doit être mise en usage, toutes les fois que l'hydrocèle est compliquée, et qu'il est besoin de connaître l'état intérieur de la tumeur et des parties qui y sont renfermées, pour décider la nature de la maladie. C'est ainsi que l'opération par excision doit toujours être pratiquée, lorsque l'on soupçonne la complication d'un sarcocèle; d'autres fois la tunique vaginale est remplie d'hydatides; d'autres fois encore un sac herniaire peut contenir une si grande quantité d'eau, qu'il est impossible de distinguer les intestins de l'épiploon : et on sent bien que, dans tous ces cas, on ne peut employer ni le caustique, ni le séton, ni l'injection, et que l'excision satisfera à toutes les indications. Il en est de même, lorsque quelque contusion a donné naissance à une hématocèle de la tunique vaginale, qui peut être aisément confondue avec l'hydrocèle de cette tunique; car la transparence de la tumeur ne peut pas être regardée comme un signe

toujours certain de l'hydrocèle ; puisque la tunique vaginale acquiert souvent, dans cette maladie, une épaisseur considérable, et qu'elle peut renfermer des concrétions polypeuses qui suffisent bien à la rendre opaque.

La méthode de Monro, outre les inconvéniens que nous lui avons déjà reconnus, a encore celui d'irriter plutôt les testicules que la tunique vaginale ; l'irritation produite sur celle-ci ne porte que sur un point où il se forme des abcès, qui doivent souvent être ouverts chacun séparément. On peut faire absolument les mêmes reproches à la tente, et l'on ne sait jamais pendant combien de temps il faut en entretenir l'usage.

Cette circonstance devrait faire donner la préférence aux injections, par lesquelles il est facile d'appliquer exactement l'irritation convenable à chaque espèce d'hydrocèle ; puisque l'on peut rendre le liquide injecté, plus ou moins stimulant, le laisser plus ou moins long-temps dans l'intérieur de la tunique, et venir, enfin, à de nouvelles injections, si les premières ne suffisent pas. Elle convient éminemment, dans les cas où l'hydrocèle est simple, récente et peu volumineuse ; mais on ne peut pas toujours compter sur la cure radicale obtenue par ce procédé ; le testicule est d'ailleurs irrité dans cette opération, tout aussi bien que la tunique vaginale : si celle-ci est très-épaisse, l'injection est trop faible pour la tunique, et toujours trop forte pour le testicule.

La cautérisation, employée dans la vue de remplacer l'incision et de déterminer l'inflammation de la tunique vaginale, ajoute aux accidens de la méthode par incision. Mise en usage à la manière d'Else, elle a beaucoup moins d'inconvéniens ; on peut lui reprocher cependant de décider souvent des abcès dans les sinuosités du tissu cellulaire du scrotum. Cette opération occasionne, outre cela, une douleur plus forte ; le malade a besoin de soins habituels pendant assez long-temps ; la guérison est plus longue ; et enfin, le caustique n'agit pas toujours si bien, qu'il ne faille en venir à l'appliquer de nouveau.

Cette méthode est contre-indiquée d'ailleurs, toutes les fois que l'on n'est pas bien sûr que le testicule est parfaitement sain. Tout ce que l'on peut dire en sa faveur, c'est que le caustique agit seulement sur la tunique vaginale, et nullement sur le testicule.

Le séton cause souvent des symptômes plus violens qu'aucune des méthodes précitées; ce qui n'est point étonnant, si l'on fait attention aux pressions et aux froissemens que les fils de soie dont il est formé, exercent continuellement sur le testicule mis à nu. Lorsque j'ai parlé des différentes manières de le mettre en usage, je crois avoir assez insisté sur les inconvéniens nombreux qu'il présente.

En résumant tout ce que je viens de dire, je conclus que la méthode par excision doit être préférée, lorsqu'on veut opérer la destruction de la tunique vaginale; et que lorsqu'on se contente d'en désirer l'adhésion, il faut avoir recours à l'injection. Il resterait maintenant à déterminer quelle est celle de ces deux méthodes qui mérite la préférence; et je crois l'avoir déjà fait, en parcourant les cas où chacune d'elles devait ou ne devait pas être employée.

L'hydrocèle enkystée du cordon est très-rare, elle paraît être due au prolongement du péritoine qui entoure le cordon, lors de la descente du testicule. L'eau renfermée dans ce kyste, présente une tumeur au-dessous de laquelle on sent le testicule, et que la pression ne fait pas disparaître: en faisant rentrer le liquide dans le bas-ventre, on y sent une fluctuation manifeste. La méthode curative peut être palliative, en donnant issue au liquide par la ponction; elle peut être radicale, en employant quelqu'un des moyens curatifs que nous avons indiqués, en parlant de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Les accidens qu'entraînent ces procédés opératoires sont de peu d'importance, quelque soit celui qu'on adopte; mais le plus prompt, le plus sûr, est l'excision ou l'extirpation du kyte, comme dans toutes les tumeurs enkystées.

Si, dans l'hydrocèle du sac herniaire, toute communication de la tumeur est interrompue avec la cavité abdominale, on doit exciser le sac comme dans le cas précédent.

Dans l'hydrocèle congéniale, le prolongement du péritoine qui accompagne le testicule à travers l'anneau inguinal lors de sa chute, n'étant pas resserré sur lui-même, pour interrompre la communication entre la propre cavité du péritoine et celle qui devait appartenir à la tunique vaginale, peut permettre au liquide renfermé dans le ventre de passer dans ce prolongement, d'y séjourner et de former une tumeur aqueuse ; la moindre pression exercée sur elle la fait bientôt disparaître, en forçant le liquide à remonter. Viguerie, de Toulouse, en faisant connaître le premier cette espèce d'hydrocèle, en a indiqué le traitement le plus convenable. Il consiste à faire une compression sur l'ouverture de l'anneau, après avoir fait rentrer au préalable dans le bas-ventre le liquide contenu dans la tumeur, et à l'empêcher d'y revenir. Par ce moyen l'art excite la nature à exécuter ce qu'elle aurait dû faire d'elle-même, en interrompant la communication du bas-ventre avec l'intérieur de la tunique vaginale. Cette méthode me paraît préférable à l'injection employée par Desault. Dans le premier procédé on conserve la cavité de la tunique vaginale, tandis que l'injection, outre ses autres inconvéniens, en produisant une inflammation adhésive de la vaginale, fait disparaître la cavité, et peut par la suite nuire à la fonction du testicule.

FIN.